



Finansdepartementet
postmottak@fin.dep.no

Vår dato 30.09.2015
Deres dato 01.07.15
Vår referanse ARENA-273-35222
Deres referanse 13/4999

Hørings svar – Nøytral merverdiavgift i helseforetakene

Innledning

Vi viser til høringsnotat av 1. juli 2015 fra Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet med forslag til tiltak for å motvirke at merverdiavgiften gir helseforetakene og tolv private sykehus med langsiktig driftsavtale (heretter "helseforetakene") insentiv til egenproduksjon av tjenester. NHO er svært positiv til at regjeringen nå innfører en kompensasjonsordning for dette.

NHO støtter følgende elementer i forslaget:

- Generell ordning som omfatter investeringer.
- Sjablongmodell for skjult merverdiavgift, men kombinert med en nærmere vurdering av prosentvissats for tilfeller der kjøp av helsetjenester omfatter kostnader for fast eiendom.
- Utvidelse av ordningen med frivillig registrering for avgiftspliktig utleie til helseforetak.

Den foreslåtte ordningen vil etter vår oppfatning bidra til å utjevne et konkurransehinder og åpne et nytt marked for private aktører. Private leverandører vil ved en kompensasjonsordning for helseforetakene kunne konkurrere jevnbyrdig basert på kompetanse, kvalitet og effektivitet mot helseforetakenes egenproduksjon av tjenester, uten at merverdiavgiften gir et disinsentiv for konkurranseutsetting.

Regjeringens forslag omfatter kompensasjon for i utgangspunktet alle anskaffelser av varer og tjenester. Sentralt er at ordningen omfatter merverdiavgift på både drift og investeringer. For såkalt skjult merverdiavgift som inngår som kostnad for ikke avgiftspliktige tjenester fra private leverandører uten egen kompensasjonsrett (medisinske tjenester og tjenester knyttet til fast eiendom), foreslås det en ordning med indirekte kompensasjon som skal innebære nøytralitet også for disse. Det er foreslått at slik kompensasjon skal skje indirekte ved at helseforetaket får kompensert en prosentvis andel av anskaffelseskosten (sjablong).

Det er forventet at ordningen i hovedsak vil ha betydning for leverandører av støttetjenester (ikke medisinske tjenester) til helseforetakene, for eksempel renhold, vaskeri, kjøkken IKT, vakthold, transport, regnskap. Dersom private aktører kan utføre slike tjenester mer effektivt

og bedre enn helseforetakene selv, vil dette redusere kostnadene for helseforetakene og bidra til en bedre utnyttelse av samfunnets ressurser.

For at ordningen skal innfri målsetningen om avgiftsmessig nøytrale konkurransevilkår, er det avgjørende at ordningen utformes på en måte som ivaretar dette. I det følgende vil vi trekke frem enkelte forhold ved forslaget som vi mener kan svekke de nøytraliserende effektene av ordningen. Vi ber om at regjeringen vurderer disse nærmere.

Subjektkretsen

I motsetning til det tidligere forslaget om nøytral merverdiavgift for helseforetakene som ble foreslått av Bondevik II i 2005, foreslås det at ordningen ikke skal omfatte private tjenesteleverandører av medisinske tjenester. Ordningen foreslås begrenset til å omfatte helseforetakene og nærmere angitte private sykehus med langsiktig driftsavtale.

Bakgrunnen for at regjeringen velger å holde private tjenesteleverandører utenfor ordningen er at omfanget er stort og uoversiktlig, samt kontrollhensyn. Det foreslås derfor en alternativ "svensk modell" med indirekte kompensasjon for såkalt skjult merverdiavgift basert på sjablong.

NHO mener høringsnotatet burde inneholdt en fylldigere fremstilling av fordelene og ulempene ved de to ordningene. Vi ser at vridningen som oppstår for private leverandører av helsetjenester når helseforetakene får kompensasjon kan avhjelpest ved indirekte kompensasjon til kjøper av tjenestene, men vi mener også at en sjablongmodell kan ha andre uheldige effekter.

Sverige har hatt blandede erfaringer med indirekte kompensasjon og satsene i Sverige evalueres i disse dager. Ettersom en sjablong aldri vil være nøyaktig, og derfor for noen kan innebære en overkompensasjon mens den for andre kan innebære en underkompensasjon, innebærer ordningen at enkelte vil være sterke tilhengere og andre sterke motstandere. Ulempen med dette er at vurdereringen av om ordningen fungerer godt eller mindre godt, dreies fra et spørsmål om nøytralitet til et spørsmål om hvor mye man kan "tjene" på ordningen. Dette er etter NHOs syn uheldig og dreier problemstillingen fra nøytralitet over til et mer opportunistisk ståsted. Innspill fra Svensk Næringsliv tyder på at dette er situasjonen i Sverige.

Når det gjelder ulempen med å ta et stort antall private berettigede inn i kompensasjonsordningen, minner vi om at det også innenfor andre kompensasjonsordninger er et stort antall kompensasjonsberettigede, for eksempel frivillig sektor.

NHO mener en ordning med indirekte kompensasjon for skjult merverdiavgift bør omfatte alle anskaffelser som helseforetakene kan produsere i egenregi, så fremt de ikke omfattes av begrensningene som nevnt i pkt. 8.3.2 Unntak.

Ordning med eller uten investeringer, generell eller begrenset ordning

Regjeringen foreslår at kompensasjonsordningen gjøres generell slik at helseforetakene får tilbakebetalt merverdiavgift både på drift og investeringer i virksomheten. Dette i motsetning til det forslaget som ble sendt på høring i 2005 som var begrenset til driftskostnader. NHO er enig i at kompensasjonsordningen bør omfatte investeringer. Å unnta investeringer kan gi insentiv til vedlikehold fremfor nyanskaffelse av driftsmidler, å leie fremfor å eie, samt skape avgrensingsproblemer.

I høringsnotatet gjøres det et stort poeng av at en kompensasjonsordning som omfatter investeringer vil påvirke både driftsresultat og likviditet i helseforetakene, og at det vil være krevende å beregne trekket i overføringene til helseregionene/de regionale helseforetakene. Det fremgår videre at en ordning som omfatter investeringer "*vil derfor kunne gi store utilsiktede omfordelingsvirkninger*" for helseforetakene, jf. pkt. 3.6 siste avsnitt på s. 22.

NHO mener at regnskapstekniske utfordringer knyttet til beregning av kutt i de offentlige overføringene til helseforetakene ikke bør være avgjørende for hvorvidt ordningen skal omfatte investeringer eller ikke. En generell ordning som omfatter drift og investeringer vil innebære at kompensasjonsordningen blir enklere å administrere, og at man unngår å skape nye vridninger i spørsmålet om å vedlikeholde eller investere.

Fradrag for skjult merverdiavgift ved sjablong eller direkte fradrag

Problemet med vridninger i disfavør av private virksomheter som leverer ikke avgiftspliktige tjenester (f.eks. helsetjenester og utleie av fast eiendom) kan som nevnt ovenfor løses på to ulike måter; enten ved å innlemme disse i ordningen og gi direkte kompensasjon (foreslått i 2005), eller etter en svensk modell med indirekte kompensasjon.

Ved indirekte kompensasjon for skjult merverdiavgift kompenseres estimert skjult merverdiavgift til helseforetaket som kjøper av tjenesten. Det er da sentralt at sjablongen for dette fradraget er tettest mulig opp til reell merverdiavgiftskostnad. Valget av proSENTSATS for dette indirekte fradraget er da sentralt.

For private leverandører av helsetjenester, foreslås det at helseforetakene skal få en indirekte kompensasjon for skjult merverdiavgift beregnet til 6 pst av vederlaget for tjenesten. På vederlaget til private virksomheter for innleie av lokaler, foreslås det tilsvarende en indirekte kompensasjon for helseforetaket på 18 pst av leien. Spørsmålet er om det foreslåtte satsene vil innebære nøytralitet for den skjulte merverdiavgiften.

NHO Service organiserer flere bransjer som leverer tjenester med skjult merverdiavgift til helseforetakene. Dette er aktører innen rehabilitering, pasienthotell, private sykehus og klinikker, diagnostikk, psykisk helse og rus, avtalespesialister, samt ambulansetjenester.

Beregninger utført av NHO Service viser at den skjulte merverdiavgiften i gjennomsnitt utgjør mellom 6-7 pst. Beregningene viser imidlertid at prosentandelen varierer mellom bransjer, investeringsgrad og ikke minst om tjenesten omfatter husleie.

- **Rehabilitering, psykisk helse og avhengighet** varierer fra 6 pst. eks. husleie til 7 pst. inkl. husleie. Dersom institusjonene hadde hatt egne eiendomsselskap og tatt en moderat husleie, ville merverdiavgift på denne husleien i prosent av kontraktssum

med et helseforetak utgjort 2,5 pst. på et eldre bygg. Ved et nybygg ville denne vært vesentlig høyere.

- For **pasienthotell** vil en tradisjonell kontrakt uten husleie gi en skjult merverdiavgift på i underkant av 5 pst. En kontrakt med husleie, vil gi en samlet skjult merverdiavgift på 8 pst, der merverdiavgift på husleie/vedlikehold alene innebærer en økning på 3 prosentpoeng.
- Beregninger fra **private sykehus, klinikker og avtalespesialister** indikerer at skjult merverdiavgift utgjør mellom 5 og 6 pst.

Dette viser at et vesentlig forhold mht. om sjablongen er dekkende eller ikke er byggene tjenestene finner sted i. Private aktører som er samlokalisert med helseforetak og/eller har kontrakter med helseforetak som inkluderer husleie med merverdiavgift, eventuelt har egne eiendomsselskap som beregner husleie med merverdiavgift, får + 2,5-3 prosentpoeng i skjult merverdiavgift i tillegg til nevnte sats.

En vridning som da kan oppstå, er i tilfeller der helseforetakene leier ut lokaler til private aktører som tilbyr ikke avgiftspliktige tjenester i konkurranse med helseforetakene. For eksempel drift av pasienthotell, røntgentjenester mv. En sjablong for skjult merverdiavgift på generelle kostnader (6 pst) vil i et slikt tilfelle ikke innebære full kompensasjon for skjult merverdiavgift. Et slikt tilfelle vil heller ikke kunne løses gjennom en utvidelse av ordningen med frivillig registrering.

Forutsatt at det fremfor å utvide subjektkretsen over kompensasjonsberettigede velges en ordning med indirekte kompensasjon for skjult merverdiavgift, er NHO enig i at de foreslåtte satsene på 6 og 18 pst. synes forsvarlig. For tilfeller der private aktører leier fast eiendom av helseforetakene, mener vi at husleien bør skilles fra de medisinske tjenestene på fakturaen og kompenseres med 18 pst separat, jf. beskrivelsen av dette i Sverige i høringsnotatets pkt. 6.2.

For øvrig mener NHO, slik det også ble foreslått av Bondevik II i 2005, at adgangen til frivillig registrering i merverdiavgiftslovens § 2-3 (1) bør utvides til å omfatte utleie av eiendom til bruk av kompensasjonsberettiget virksomhet, slik at private utleiere som leier ut til helseforetak og sykehus som omfattes av kompensasjonsordningen kan oppnå fradrag direkte. Dette vil bidra til å forenkle avgiftsbehandlingen for utleierne og legge mindre press på sjablongen for indirekte merverdiavgift ved innleie av fast eiendom.

En slik utvidelse kan eventuelt kombineres med forslaget om indirekte kompensasjon hos leietaker etter en sjablong på 18 pst. for tilfeller der utleier ikke er registrert for avgiftspliktig utleie.

Mange kompensasjonsordninger som forvaltes av ulike deler av forvaltningen

Det fremgår i høringsnotatet at administrasjonen av kompensasjonsordningen skal ligge under Helse- og omsorgsdepartementet. Dette innebærer at det vil foreligge flere (tre) ulike instanser som forvalter ulike kompensasjonsordninger. NHO mener det er uheldig at det etableres flere parallelle kompensasjonsordninger som forvaltes av ulike instanser uten at det er noe helhetlig ansvar for og samordning av de ulike kompensasjonsordningene.

Administrativt er det store likhetstrekk mellom den foreslåtte kompensasjonsordningen for helseforetakene og kompensasjonsordning for kommuner. Vi mener derfor at

kompensasjonsordningen for kommuner, fylker mv. heller burde vært utvidet til også å omfatte kompensasjonsordningen for helseforetakene, og at forvaltningen av ordningen ble lagt til skatteetaten. En samordning av de ulike kompensasjonsordningene vil etter vår oppfatning bidra til en mer harmonisert praksis og bedre kontrollmuligheter.

Avgjørende at den foreslåtte ordningen skaper reell nøytralitet

For å oppnå de ønskede nøytralitetseffektene av en kompensasjonsordning for helseforetakene, er det etter vår oppfatning vesentlig at en eventuell gevinst ved tjenesteutsetting tilkommer det enkelte helseforetak. I motsatt fall kan beslutningen om egen eller fremmedproduksjon bli påvirket av at eksterntproduksjon vil innebære strammere budsjetter. Det er i høringsnotatet tatt utgangspunkt i at ordningen skal være provenynøytral. Kompensasjonen fra staten til helseforetakene skal motsvares av en trekk i de statlige overføringene.

I høringsnotatet er dette beskrevet som at det skal skje en "engangsreduksjon" av bevilgningene fra staten. For å oppnå de ønskede nøytralitetsvirkninger på beslutningen om egenproduksjon eller konkurranseutsetting, er det etter vår oppfatning vesentlig at kuttet i overføringene skjer på overordnet nivå og ikke at det knyttes spesifikt til omfanget av kompensasjon til det enkelte helseforetak.

I høringsnotatet er dette beskrevet som at trekket skal skje i "de regionale helseforetakene". I pkt. 3.6 fremgår: "*Når en løpende driftskostnad omfattes av kompensasjonsordningen, vil de regionale helseforetakene få refundert et beløp som tilsvarer den merverdiavgiften som er betalt for denne anskaffelsen. I forkant er det foretatt et trekk i rammene til de regionale helseforetakene som skal tilsvare den merverdiavgiften som refunderes det enkelte år. Det regnskapsmessige resultatet vil altså ikke påvirkes, fordi et trekk i rammene kompenseres gjennom kompensasjonsordningen.*"

Om investeringer fremgår videre: "*For investeringer vil dette bli annerledes ved at det foretas et trekk ved inngangen til reformen, mens den regnskapsmessige effekten vil fremkomme i resultatregnskapet som en redusert avskrivningskostnad de påfølgende år.*"

For å motvirke konkurransevridning, er det avgjørende at den enkelte beslutningstaker som tar valg i forhold til innkjøp av varer og tjenester kontra egenproduksjon, klart ser at avgiften ikke er en del av kostnaden ved beslutningen. Det er derfor viktig at kompensasjonen ytes til det enkelte helseforetak, mens overføringsreduksjonen gjennomføres som en engangsjustering på et overordnet nivå.

Vi oppfatter høringsnotatet slik at dette er ivaretatt, men ønsker likevel å presisere disse sidene ved ordningen. Som nevnt er det avgjørende for at de ønskede nøytralitetseffekter skal oppnås at den enkelte innkjøper faktisk er trygg på at det oppnås reell kompensasjon for merverdiavgift som påløper ved en eventuell konkurranseutsetting.

Det er tilsvarende av betydning hvordan reduksjonen i helseforetakene sine bevilgninger gjennomføres. I høringsnotatets pkt. 8.5 fremgår det mer i detalj hvordan ordningen er tenkt finansiert. Det presiseres at ordningen bør gjennomføres «...provenynøytral...» for staten og helseforetakene.

Dette formuleres videre slik: «...den samlede merverdiavgiftskompensasjonen trekkes inn igjen ved å redusere overføringene til de aktørene som omfattes av ordningen. Det medfører

at forventet kompensasjon til de regionale helseforetakene gjennom ordningen må finansieres gjennom et tilsvarende trekk i de regionale helseforetakenes bevilgninger.».

Reduksjon i overføring skisseres foretatt enten basert på historisk betalt merverdiavgift eller ved å vurdere forventet nivå. Både på side 5 og på side 50 i notatet bekreftes at finansieringen skal gjennomføres ved en «...engangsreduksjon av bevilningene fra staten».

Vi oppfatter høringsnotatet slik at reduksjonen i bevilgning vil skje overordnet, men at utbetaling av kompensasjon vil bli foretatt til det enkelte helseforetak eller den enkelte private aktør som omfattes av ordningen. Videre ser vi at høringsnotatet beskriver en beregnet reduksjon av overføringene basert på prognoser eller historiske tall, og ikke en nedjustering basert på faktisk kompensasjon. Dertil kommer at bevilgningsreduksjonen synes å skje ved en engangsreduksjon.


Vår vurdering er at en nøytralt utformet kompensasjonsordning for helseforetakene vil gjøre sykehusene som innkjøpere mer profesjonelle, kvalitetsbevisst og pasientorienterte. Selv om merverdiavgiften kommer til fradrag i overføringene til helseforetakene, og ordningen slik sett er provenynøytral, vil det i de fleste tilfeller tilkomme en økonomisk gevinst som følge av konkurranseutsetting. Det er avgjørende at også denne gevinsten allokeres til den enheten (helseforetaket) som har foretatt anskaffelsen.

Avslutningsvis gjentar vi at den konkurranseutjevneende effekten og insentivet til å fatte en bedrifts- og samfunnsøkonomisk optimal avgjørelse mht. konkurranseutsetting eller egenproduksjon, avhenger av at det ikke er en direkte sammenheng mellom mottatt kompensasjon og redusert bevilgning, samt at eventuell gevinst ved mer kostnadseffektiv drift allokeres til det enkelte helseforetak.

Med vennlig hilsen
NÆRINGSLIVETS HOVEDORGANISASJON
Område næringspolitikk



Ingebjørg Harto
kst. direktør



Maj Hines Grape
advokat